Nr 25. Kraków, 21. czerwca 1919. Rok LVIII.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Redakcya: Kraków 9, Płuczki 28. Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 818 47.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę **odbitek**, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

Przedpłatę przyjmują w **Krakowie** Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w **Warszawie** księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 70 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: rocznie K 36·— kwartalnie K 9·—.

Jeden numer osobno kosztuje 80 hal.

Rok LVIII. Kraków, 21 czerwca 1919. Nr. 25.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z kliniki okulistycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego.

O zeskórnieniu oka.

(Na podstawie spostrzeżenia klinicznego)

Podał

Prof. Dr Kazimierz Majewski.

(Dokończenie).

W dostępnej mi literaturze nie znalazłem nigdzie wzmianki o celowem zapuszczaniu oliwy w przypadkach zeskórnienia spojówki i rogówki, mianowicie nietylko po to, aby zmniejszyć dolegliwości, ale głównie także, aby choć w sposób przemijający poprawić bystrość wzroku. Dziwi mnie to tem bardziej, że od lat już dwudziestu w wielu klinikach, zwłaszcza we Francyi, używa się różnych rodzajów oliwy (zwłaszcza oleum arachidis), jako rozczynnika dla alkaloidów takich, jak atropina, kokaina, akoina, pilokarpina, a zwłaszcza ezeryna. Panas [18] i Scrini [19] wprowadzili do terapii okulistycznej te olejne środki (collyria), które pod niejednym względem mają mieć wyższość nad wodnymi rozczynami tych samych leków. Mojem zdaniem, o ile w przeważnej większości chorób ocznych wodne rozczyny leków zupełnie nam wystarczają, to właśnie w przypadkach kseroftalmii wyższość rozczynów oliwnych nie ulega żadnej wątpliwości. I nie tyle o rozczyny wodne leków tu chodzi, jak o sam tłuszcz w stanie płynnym, jakim są różne rodzaje oliwy.

W zasadzie, pragnąc jak najskuteczniej wyłączyć szkodliwy wpływ nierównej powierzchni rogówki, należałoby wybrać płyn, w naszym przypadku płyn tłusty, o współczynniku załamania możliwie zbliżonym do współczynnika rogówki. Według Matthiessena rogówka ludzka posiada w porównaniu z powietrzem $n = 1,3771$. A oto zestawione poniżej współczynniki różnych płynów oleistych (cyfry zaczerpnięte z książki Dufeta [20]):

ol. amygdalarum:	1,4755—1,4847
ol. arachidis:	1,4717
ol. olivarum:	1,4738—1,4825
ol. ricini:	1,4791
ol. sesami:	1,4748
ol. paraffini	1,42254—1,42989

Dla porównania przypomnę, że współczynnik załamania wody w stosunku do powietrza wynosi 1,33303, jest zatem bardziej zbliżony do współczynnika rogówki, niż współczynnik któregokolwiek z wymienionych olejków, ale woda nie nadaje się tu wcale, ponieważ nie zwilża zeskórniałej rogówki. Z pośród zaś wymienionych olejków te tylko wchodziłyby w rachubę, które oddziałują obojętnie i wogóle, zapuszczone do worka spojówkowego choćby zeskórniałego, nie działają na oko drażniąco. Z zestawienia powyższego widać, że stosunkowo najbardziej zbliżony współczynnik załamania do współczynnika rogówki posiada olej parafinowy. Niestety jakość tego przetworu w obecnych czasach jest tak licha, wejrzenie tak nie obiecujące, że nie śmiałem go nawet na próbę zapuścić do oka mej chorej. I niektóre inne z wymienionych olejków są dzisiaj nie do zdobycia, albo — o ile istnieją — nie dają dostatecznej gwarancyi czystości. Z tych powodów musiałem zadowolnić się zwyczajną oliwą (ol. olivarum), która tu i ówdzie jest już do nabycia i, chociaż z pewnością nie jest pierwszej świeżości, jednak działa na oko bardzo łagodnie, nie wywołując żadnego zadrażnienia. Używam jej zatem pomimo, że ma ona współczynnik załamania znacznie wyższy od współczynnika rogówki. Miałoby to duże znaczenie, gdyby rogówka w naszym przypadku była rzeczywiście w miąższu swym przeźroczysta, a tylko na powierzchni nierówna. W takim razie jakiś płyn o współczynniku załamania identycznym ze współczynnikiem rogówki dałby poprawę wzroku bez porównania lepszą, niż oliwa. Ale wobec tego, że tu upośledzenie wzroku zależy równocześnie w dużej mierze od częściowej utraty przeźroczystości wierzchnich warstw tkanki rogówkowej, — różnica współczynników załamania traci znaczenie rozstrzygające. Tak czy owak musimy być zadowoleni ze względnej tylko poprawy wzroku. Oliwa spełnia jeszcze ten warunek, że jest płynem dość gęstym, dlatego nie spływa zbyt szybko z rogówki.

Później otrzymałem małą ilość olejku migdałowego (ol. amygdalarum dulcium), którego współczynnik załamania niewiele się różni od współczynnika oliwy zwyczajnej i przekonałem się, że działanie jego na zeskórniałe oczy chorej było tak samo korzystne, jak działanie oliwy, z tą tylko może różnicą, że jako bardziej płynny ten olejek prędzej ścieka z rogówki i dlatego musi być częściej zapuszczany.

Wspomniałem wyżej, że warstwa oliwy nie zdoła zagładzić grubszych nierówności na rogówce i że obraz keratoskopowy, jakkolwiek bardzo wyraźnie odbija się na tłustej powierzchni, zdradza jednak znaczne błędy w krzywiźnie i w zarysach kół współśrodkowych. To też, żeby przeprowadzić doświadczenie w sposób doskonalszy, użyłem hydrodyaskopu, za pomocą którego wyrównywam wzrok w przypadkach stożka rogówkowego i nieregularnej niezborności. Przyrząd ten opisałem [21] w r. 1898. Przypominam, że składa się on z dwóch małych puszek z blaszki alpakowej, połączonych ze sobą grubym drutem na kształt okularów i posiadających w przedniej ściance okrągły otwór, zamknięty szkłem płaskiem. Brzeg puszki, mający w otoczeniu oka przylegać do skóry, opatrzony jest rynienką, w którą wtłoczona jest rurka gumowa, służąca do lepszego uszczelnienia przyrządu. Hydrodyaskop taki, jak już jego nazwa wskazuje, wypełnia się wodą, względnie fizyologicznym rozczynem soli, w którym badany swobodnie oko otwiera. Na płaską szybkę, umieszczoną w okienku przedniej ścianki, nakłada się silną soczewkę płaskowypukłą, tak dobraną, aby dokładnie zastąpiła rogówkę, która przez pogrążenie w wodzie przestała działać optycznie. Siła tej soczewki waha się dla różnych oczu w granicach między +25 D a +40 D. Mimo, że współczynnik załamania wody (1,33303) jest mniejszy od współczynnika rogówki (1,3771), rogówka stożkowata czy też nieregularnie niezborna zostaje w tych warunkach optycznie zupełnie wyłączona, a zastępuje ją szkło sferyczne, dokładnie wyszlifowane, umieszczone w okienku hydrodyaskopu. Poprawa wzroku, jaką uzyskiwałem zapomocą takich okularów wodnych, zwłaszcza w wielu przypadkach stożka rogówkowego, była prawie zawsze bardzo znaczna, a czasem wprost zadziwiająca.

W obecnym przypadku kseroftalmii, zastosowując hydrodyaskop, nie mogłem oczywiście wypełniać go wodą. Woda, nie zwilżając zeskórniałej rogówki, pozostawiłaby między jej chropowatościami małe przestrzenie powietrzne i te dopiero z powodu wielkiej różnicy współczynników załamania utworzyłyby zasłonę prawie całkiem nieprzeźroczystą. To też nie wodą, lecz oliwą wypełniłem tym razem mój przyrząd, który w tym przypadku należałoby chyba nazwać oleodyaskopem.

Doświadczenie wykonałem tylko na lewem oku, gdzie zaćmienie rogówki jest znacznie mniejsze, niż na prawem. Zresztą w tym czasie chora miała aż kilka naraz głębokich jęczmion

(hordeola Meibomiana) na powiekach prawego oka, to też i z tego powodu nie można było próby tej na tem oku przedsiębrać. Wreszcie rozporządzałem już tylko niewielką ilością olejku migdałowego, a chciałem resztę tego drogocennego płynu dać chorej do domu do zapuszczania. Wynik optyczny doświadczenia z oleodyaskopem był następujący: Lewe oko w stanie suchym, to znaczy, gdy rogówka przedstawia obraz zeskórnienia i jest silnie matowa, widzi palce najdalej na odległość $^3/_4$ m. Po zapuszczeniu oliwy, gdy ta się rozleje cienką warstewką po rogówce, oko rozróżnia palce na odległość 4 m ($^4/_{60}$), po założeniu zaś opisanego przyrządu, wypełnieniu komórki oliwą i po dobraniu odpowiedniej soczewki wypukłej, mającej zastąpić działanie rogówki, chora liczy palce na odległość prawie 6 m ($^6/_{60}$). Z szeregu szkieł płaskowypukłych, jakie mam do rozporządzenia, najlepszą poprawę bystrości wzroku dawało szkło sferyczne + 32 D. Przez najbliższe szkło słabsze (+30 D) i najbliższe silniejsze (+ 34 D) chora widziała o wiele słabiej. Niewątpliwie poprawa wzroku byłaby jeszcze o wiele znaczniejsza, gdyby można było użyć zamiast oliwy, jakiegoś oleistego płynu o współczynniku załamania bardziej zbliżonym do współczynnika rogówki.

W doświadczeniach moich poszedłem jednak jeszcze o krok dalej. Zamiast pogrążać w oliwie całe oko, postanowiłem przykryć rogówkę małą, szklaną muszelką, podobną do szkiełka zegarkowego, umieściwszy poprzednio na środku rogówki małą tylko kropelkę olejku migdałowego. W ten sposób rozgnieciona w cienką warstewkę oliwa wypełni szczelnie przestrzeń między powierzchnią rogówki a szkłem, a przednia powierzchnia muszelki, starannie wyszlifowana, o promieniu krzywizny odpowiadającym promieniowi krzywizny rogówki, będzie działać optycznie o wiele dokładniej i korzystniej, niż w pierwotnych doświadczeniach działała powierzchnia oliwy, swobodnie rozlanej po rogówce, mająca, jak wyżej wspomniałem, znaczną nieregularną niezborność.

Już w roku 1888, Fick [22] nakładał podobne muszelki szklane na niezborne rogówki, wypełniając przestrzeń między rogówką a szkłem, fizyologicznym rozczynem soli. Mnie zatem chodziło tylko o zastąpienie takiej imersyi wodnej imersyą oliwną. Wiadomo wprawdzie, że sposób Ficka wyrównywania nieregularnej niezborności zapomocą muszelek szklanych, sferycznie szlifowanych, nie doznał rozpowszechnienia, gdyż rogówka nie znosi dłuższego zetknięcia z ciałem obcem i oddziaływa na nie zaćmieniem i złuszczaniem się warstwy nabłonkowej, atoli w moim przypadku mogłem z góry liczyć na większą tolerancyę ze strony rogówki zeskórniałej i bardzo mało na dotykanie wrażliwej. I w istocie doświadczenie pokazało, że muszelkę z byle trochę zagładzonym brzegiem można było nawet bez oliwy założyć pod powieki bez sprawiania chorej jakiejkolwiek przykrości, a tem bardziej, gdy się na rogówkę puściło kroplę olejku. Oko chorej przywykało równie prędko do obecności szkiełka leżącego na rogówce, jak przywyka pusty oczodół do protezy ocznej. Z tej strony zatem nie było żadnej trudności. Natomiast niezwalczone wprost trudności nastręczało wyszlifowanie przedniej powierzchni muszelki. Optykom naszym brakuje obecnie dosłownie wszystkiego, czego im niezbędnie potrzeba do wykonania takiego szlifu. Nie mają nawet surowego szkła, któreby się nadawało do sporządzenia tego rodzaju sferycznych muszelek. Wobec niemożliwości uzyskania szkieł dokładnie szlifowanych musiałem niestety ograniczyć się do zastosowania muszelek ze szkła dętego. Poleciłem szklarzowi z dętej bańki szklanej o promieniu około 8 mm porobić odcinki w postaci miniaturowych miseczek o średnicy 10, 12, 14 mm i nawet jeszcze większych, aby mieć możność dobrania takiej, która włożona poza powieki nietylko przykryje rogówkę, ale zarazem obtopionymi brzegami oprze się o płytkie załamki spojówkowe. W ten sposób zapobiegamy zesuwaniu się szkiełka z rogówki na twardówkę. Puściwszy kropelkę oliwy na dno miseczki, kładę ją na rogówkę, do której ona przylega z wielką siłą, bo nietylko dzięki przyczepności do rogówki i do szkła, ale przedewszystkiem dzięki zewnętrznemu ciśnieniu atmosferycznemu, które ją do gałki przytłacza.

Wynik optyczny tego doświadczenia nie odpowiedział jednak przewidywaniom. Chora nie uzyskała większej poprawy wzroku, niż po zwykłem zapuszczeniu oliwy. Złożyło się na to kilka przyczyn: Po pierwsze szkodliwie działa znaczna różnica współczynnika załamania między szkłem i oliwą z jednej strony, a oliwą i rogówką z drugiej strony. Powtóre oliwa wkrótce wydobywa się z pod szkiełka pod powieki, a stąd na przednią powierzchnię muszelki, która umazana nią przedstawia znowu niedokładności optyczne, o których usunięcie właśnie chodziło. Po trzecie szkiełko jest dęte, a nie szlifowane, to też powierzchnia jego pod względem kulistości pozostawia bardzo wiele do życzenia, co można z łatwością stwierdzić zapomocą keratoskopu. Ten ostatni szkopuł jest oczywiście do usunięcia, skoro tylko z nastaniem spokojniejszych czasów optycy nasi będą się mogli zaopatrzyć we wszelkie przybory, jakich im potrzeba do precyzyjnego szlifowania szkieł. Mimo więc wszystko wydaje mi się, że dalsze jeszcze próby w tym kierunku byłyby i wskazane i pożądane.

W czasie kilkomiesięcznego pobytu chorej w klinice występowały w przebiegu choroby pewne powikłania. I tak na oku prawem przeszła chora prawdziwą »hordeolosis«, o której już wspominałem. Okres ten trwał przez kilka tygodni. Zakładaliśmy opatrunki spirytusowe, które doprowadziły wreszcie tę prawdopodobnie przypadkowo nabytą sprawę ropną do wygaśnięcia.

Daleko ważniejszym, a zarazem bardzo pouczającym był następujący epizod: Pod koniec pobytu chorej w klinice wystąpiło niezwykle silne zaczerwienienie skóry powiek, jakoteż przekrwienie spojówek, połączone z bardzo przykrem uczuciem palenia Co prawda, chora opowiadała, że już i dawniej, przed przybyciem do kliniki, miewała od czasu do czasu takie przemijające pogorszenia i że wtedy chłodne okłady z wody źródlanej sprawiały jej dużą ulgę, a zwłaszcza łagodziły nieznośne palenie. Przypuszczając jednak, że może przecież częste, a tygodnie całe trwające zapuszczanie oliwy jest powodem takiego podrażnienia oczu, że może resztki oliwy, zalegające między zrostami, we fałdach i kieszonkach spojówki ulegają jełczeniu i dlatego drażnią, — postanowiłem na parę dni zaniechać zapuszczania oliwy. Oczywiście już w kilka godzin po odstawieniu oliwy oczy przedstawiały znowu pełny obraz kseroftalmii. Zaczerwienienie brzegów powiek i przekrwienie suchej spojówki oraz uczucie pieczenia utrzymywały się w dalszym ciągu. Poleciłem tedy robić trzy razy dziennie po pół godziny chłodne przymoczki z wody borowej na zamknięte powieki. Chora wykonała jednak to polecenie aż nazbyt gorliwie, gdyż przez cały dzień następny prawie bez przerwy okładała sobie oczy watą maczaną w wodzie borowej. Z powodu wyjazdu nie widziałem chorej przez dwa dni. Już trzeciego dnia, podczas wizyty na sali, przystąpiła do mnie ze skargą na znaczne pogorszenie wzroku na obu oczach. Badając, zauważyłem przedewszystkiem dość obfitą śluzoworopną wydzielinę, jakiej nigdy przedtem u niej nie widziałem. Powieki miernie obrzękłe. Spojówka wyraźnie wilgotna (!) i soczysta, okazywała obok silnego przekrwienia niewątpliwe rozpulchnienie. Rogówki zaś obie okazywały na całej powierzchni mocno wysycone zaćmienie jednostajnie mlecznej barwy. Przez to zaćmienie nie było widać zupełnie ani tęczówki, ani źrenicy. Zrozpaczona chora zaledwie z trudem rozróżniała palce, poruszane tuż przed oczyma.

Od pierwszej chwili oddaliłem przypuszczenie, żeby to zmleczenie rogówek mogło być naciekiem zapalnym. Ani nastrzyknięcia rzęskowego, ani innych objawów zapalenia rogówki nie można było wykazać. Ze względu na obfitą wydzielinę zastosowałem na spojówki odwróconych powiek lapis 2%. Już przy lapisowaniu i przy spłukiwaniu lapisu rozczynem soli uderzyło mnie, że woda powierzchnię oka zwilża doskonale. W godzinę później po dokładnem wypłukaniu, spróbowałem zapuścić do oczu po kropli oliwy i przekonałem się, że rozbija się ona na drobne kuleczki i tworzy rodzaj zawiesiny, nie rozlewając się po wilgotnej powierzchni oka jednostajnie, jak to się działo dawniej, jednem słowem, że nie posiada już wobec zmienionych własności fizycznych powierzchni oka tej, co poprzednio, przyczepności. Nastąpiło zatem zupełne odwrócenie zjawisk: poprzednio woda ściekała po oku, nie zwilżając wcale spojówki ani rogówki, a czyniła to doskonale oliwa, — teraz woda zwilża oko wybornie, a oliwa oddziela się od powierzchni i ścieka. Oko też straciło całkowicie wejrzenie oka zeskórniałego. Powierzchnia rogówki połyskuje mimo nierówności i wysyconego zaćmienia; spojówka, jak już nadmieniłem, stała się wilgotną, a nawet wydaje się soczystą. A zatem kseroftalmia znikła bez śladu!

Rozważywszy tę dziwną a tak nagłą zmianę obrazu klinicznego, dojrzałem odrazu przyczynę mlecznego zaćmienia rogówek, wywołującego tak znaczne pogorszenie wzroku. Przez nieustanne moczenie oczu wodą borową, przy niedostatecznem może uszczelnieniu lub niedokładnem domykaniu się chorobowo zmienionych powiek, zeskórniała warstwa nabłonkowa rogówek jak i spojówek, wreszcie rozwilgła, nasiąkła po prostu wodą i napęczniała, jak pęcznieje skóra rąk, długo w wodzie trzymanych. Chora nasza dostała w dosłownem znaczeniu »skóry praczek« na swej zeskórniałej rogówce i spojówce. Równocześnie rozpulchniona spojówka odzyskała zdolność wydzielania śluzu, który powlekając jej powierzchnię uczynił ją wilgotną i oślizłą; natomiast powierzchowna warstwa rogówki, napęczniała i przesią-

knięta wodą, straciła w znacznej mierze swoją przeźroczystość i przybrała prawie zupełnie białą barwę.

To przypadkowe doświadczenie wykazało, iż jest rzeczą możliwą zmienić zupełnie obraz krańcowego nawet zeskórnienia spojówki i rogówki i przywrócić błonom tym ich utraconą wilgotność, a to mianowicie przez dłuższe działanie okładami z wody lub z rozczynów wodnych. Zamiana taka jest jednak zupełnie niepożądana, a nawet niebezpieczna ze względu na zeskórniałą rogówkę, której warstwa powierzchowna po nasiąknięciu wodą traci prawie do reszty swą przeźroczystość.

Aby przekonać się o słuszności takiego sposobu wyjaśnienia niezwykłego zjawiska, a zarazem, aby ratować wzrok chorej i, o ile jeszcze było można, naprawić, co się zepsuło, poleciłem założyć po kilku godzinach, po przejściu odczynu, wywołanego lapisem i po należytem wypłukaniu wydzieliny, na oba oczy opatrunek spirytusowy z ceratką, przyczem został użyty alkohol nierozcieńczony. Uczyniłem to w nadziei, że alkohol, który chciwie pochłania wodę, wydobędzie ją także z przesiąkniętych nią tkanek, a w szczególności z napęczniałego i zaćmionego nabłonka rogówki. Przewidywanie to, ku memu wielkiemu zadowoleniu, spełniło się w zupełności. Już nazajutrz rano po zdjęciu opatrunku znalazłem znowu dawny obraz, najzupełniej taki sam, z jakim chora pierwotnie zgłosiła się do kliniki: brak wszelkiej wydzieliny, spojówka sucha bez połysku, rogówki obie matowe, również suche, ale już znowu przeświecające w tym samym, co dawniej, stopniu, tak, że źrenice już są dostrzegalne. Kseroftalmia powróciła zatem ze wszystkimi swymi objawami: znowu woda ścieka po oku, nie zwilżając jego powierzchni, natomiast oliwa rozlewa się jednostajnie po rogówkach i przywraca oczom zwierciadlany połysk, podnosząc zarazem bystrość wzroku do tej samej, co poprzednio, miary.

Wedle wszelkiego prawdopodobieństwa oczy naszej chorej i bez opatrunku, wskutek samego wysychania wilgoci, a wobec zupełnego braku wydzielania łez, wróciłyby po pewnym czasie do pierwotnego stanu zeskórnienia. Bądź co bądź jednak ten tak szybki i tak szczególny, jakkolwiek z góry przewidziany skutek jednorazowego założenia opatrunku spirytusowego, dzięki któremu chora odzyskała dawną, nie świetną wprawdzie, ale cenną bystrość wzroku, — potwierdził zarazem ponad wszelką wątpliwość słuszność podanego wyżej objaśnienia nagłych a niepokojących przemian, przez jakie oczy naszej chorej przechodziły kolejno w czasie dni kilku.

Z drugiej strony ten poniekąd mimowolny eksperyment, na który powoływałem się już na początku tej pracy, przemawia na korzyść mego poglądu, że dopiero zupełne zniszczenie wszystkich gruczołów i gruczolików łzowych wskutek zwyrodnienia bliznowatego i ustanie wydzielania łez stwarza warunki, wśród których prawdziwa kseroftalmia może się rozwinąć, bo pokazuje się, że nawet ta mała ilość wody, która przez zamknięte powieki wnikała do worka spojówkowego, zdołała usunąć wszelkie objawy zeskórnienia.

Objawy te widocznie wobec skąpej nawet, byle stałej irrygacyi długo utrzymać się nie mogą. Oczywiście zbliznowacenie worka spojówkowego jest zawsze następstwem jakiejś czy to ostrej czy przewlekłej sprawy zapalnej i ta sprawa zapalna jest punktem wyjścia wszystkich dalszych zmian anatomicznych. Ostatni jednak okres, okres krańcowego zeskórnienia, rozpoczyna się dopiero z chwilą, gdy ostatni gruczoł łzowy przestanie łzy wydzielać.

Na zakończenie jeszcze kilka szczegółów leczniczych. W ciągu długiego leczenia chorej zrobiłem próbę zastąpienia czystej oliwy mieszaniną w równych ilościach olejku migdałowego z waseliną żółtą możliwie najlepszej jakości. Mieszanina ta przedstawia się jako mazidło (linimentum) półpłynne, a tem samem nie ściekające tak prędko z rogówki, przylegające zaś do jej powierzchni równie dobrze, jak sama oliwa. Mieszanina ta jest w cienkiej warstwie doskonale przeźroczysta, o czem przekonałem się, rozgniatając grudkę tej żółtawej, galaretowatej masy między dwoma płaskiemi szybkami szklanemi. Chora, która już po czystej oliwie doznawała bardzo znacznej ulgi, nauczyła się jeszcze więcej cenić ten nowy środek, który przedewszystkiem znacznie dłużej, niż sama oliwa, utrzymuje w oku miłe uczucie euforyi. Ujemną jego stroną jest jednak to, że warstwa jego nie wytwarza tak gładkiej, sferycznej powierzchni, jak rozlewająca się po rogówce oliwa, dlatego poprawa bystrości wzroku nie jest tak wybitna. Ostatecznie możnaby chorym na zeskórnienie rogówki zapisywać oliwę czystą do zapuszczania w ciągu dnia, a przynajmniej na noc polecać wkładanie pod powieki zapomocą pałeczki lub łyżeczki szklanej wspomnianego mazidła, gdyż do pewnego stopnia zapobiega ono bardzo przykremu uczuciu palenia w powiekach, z jakiem chorzy budzą się co rana.

Dla dokładności zrobiłem także próbę z gliceryną, którą zalecił Taylor [18]. Środek ten rozlewa się po zeskórniałej rogówce i nie najgorzej ją wygładza, ale wywołuje dość silne i długotrwałe pieczenie, a że musiałby również być zapuszczany często i przez czas nieograniczony, więc oczywiście choćby z tego powodu, jako lek objawowy, nie wytrzymuje porównania z oliwą. Wreszcie próbowałem także zapuszczać mleko, zalecone jeszcze przez Graefego i Soelberga-Wellsa [17], a przez Saemischa [8] uznane za najlepszy z istniejących środków, służących do łagodzenia dolegliwości kseroftalmii. Przekonałem się, że mleko, jakkolwiek nie zwilża tak dokładnie zeskórniałej spojówki, jak oliwa, ani nie poprawia wzroku, to jednak podmiotowo uśmierza palenie i zmniejsza uczucie suchości. Skutek łagodzący mleka trwa jednak tak krótko, że należałoby je chyba co godzinę zapuszczać, natomiast wspomniane mazidło wystarczy stosować trzy lub cztery razy dziennie.

Operacyi żadnej u chorej mojej nie podejmowałem. Trudno mi było namawiać ją do poddania się blefarorafii, jaką wykonywali Rudin, Panas, Rabinowicz, Andogski i inni, wobec tego, że młoda, hoża dziewczyna już teraz czuje się nieszczęśliwą z powodu nieznacznego oszpecenia, wywołanego bardzo miernem zwężeniem szpary powiekowej. Od operacyi wstrzymuje mnie i ten wzgląd, że na razie przynajmniej chora czuje się lepiej i lepiej widzi, niż dawniej. To też tymczasem wypuszczam ją z kliniki z poleceniem, aby sobie dalej zakraplała do oczu olejek migdałowy, względnie zapuszczała owo mazidło, — i zdaję sobie przy tem jasno sprawę z tego, że duża poprawa podmiotowa, jakiej chora przy użyciu tych środków doznaje i doznawać będzie, jako też podniesienie bystrości wzroku, które zawdzięcza oliwie, w niczem nie przesądzają jeszcze dalszych losów, jakie gotuje jej oczom nieubłagane, niepowstrzymanie postępujące zeskórnienie.

Literatura. 1. Bitôt: Gaz. médicale, 1863, p. 435. — 2. Bezold: Berl. kl. W. 1874. Nr 33. — 3. Reymond et Colomiatti: Notes pour servir à l'étude des ophthalmies parasitaires. Congr. intern. de Milan 1880, p. 48. — 4. Kuschbert u. Neisser: Verhandl. d. schles. Ges. f. vaterl. Kultur, Nr 4. 1883. — 5. Schmidt: Ueber die Krankheiten des Thränenorganes. Wiedeń 1893, p. 57. — 6. Ammon: Ammon's Zeitschrift f. Ophth. 1831, I., p. 65.— 7. Weber: Über die Xerosis conjunctivae. Inaug. Diss. Giessen 1849. — 8. Graefe-Saemisch: Handb. der ges. Augenh. T. V. 1904. p. 448. — 9. Cuignet: Xerophthalmie, Recueil d'Opht. 1875. p. 197—221. — 10. Buller F.: Ophth. Hosp. Reports, VIII. 1876, p. 421—426. — 11. Rudin: Wiestnik oftalmoł., 1894, XI. p. 76. — 12, Andogsky: Wracz, 1894, Nr 43. — 13. Panas: a) Traité des maladies des yeux 1894. b) Sur les collyres huileux. Arch. d'Ophtalmologie 1900, Nr 2. — 14. Rabinowicz: Wiestnik Oftałmoł. 1895, XII. p. 200. — 15. Wecker et Masselon. Relevé statistique. Paris 1874, p. 29. — Leber: Arch. für Opht. XXIX 1, p. 328. — 17. Soelberg Wells: A treatise on the Diseases of the Eye. 1868, p. 72. — 18. Taylor: De la xérophthalmie. Edinbourgh Medic. and. Surg. Journ. i Annal. d'Oculist. 1854. — 19. Scrini: Encore les collyres huileux. Arch. d'Opht. 1900, Nr 2. — 20. Dufet H.: Recueil de donneés numériques (fascic. Optique). Paris, 1898. — 21. Majewski K. W.: O zastosowaniu komórek wodnych w przypadkach niezborności i rogówki stożkowatej. Wiadomości z kliniki okulist. U. J. 1898. — 22. Fick: Archiv für Augenheilkunde. T. XVIII, 1888, p. 279.

Oceny i sprawozdania.

A. Rosner: **Studya nad konstytucyą narządów płciowych kobiecych**. Kraków, Akademia Umiejętności 1918 (s. 62).

Jako temat powyższej pracy posłużyło autorowi spostrzeżenie, że prócz narządów płciowych kobiecych »zdrowych« i »chorych« w znaczeniu nozologicznem istnieją narządy płciowe kobiece »silne« i »słabe«. Spostrzeżenie to, na pozór proste i znane, a jednak — choć to tak dziwne — nie zostało dotychczas należycie zużytkowane nietylko dla nauki, lecz i dla praktyki ginekologicznej, co znów jest tem dziwniejsze, że właśnie ginekologowie (Freund, Hegar) dali początek całej nowoczesnej nauce

o konstytucyi. Gdy się jednak uwzględni, jak doniosłe znaczenie ma fakt, że istnieją narządy konstytucyjnie więcej i mniej odporne, i to nietylko dla teoryi, mającej na celu wyjaśnienie wielu zjawisk, ale i dla lekarza-praktyka, który, aby mógł skutecznie leczyć, musi sobie należycie zdać sprawę z jakości podłoża, na którem się choroba rozwija, to stanie się jasnem, że opracowanie tego na pozór znanego spostrzeżenia stanowi poważny krok naprzód nietylko w nauce, lecz i w medycynie praktycznej. I oto jest wstępna i zasadnicza wartość powyższej pracy: nadanie temu spostrzeżeniu wartości, jaka się mu należy, t. j. wartości prawidła naukowego; — uzyskanie zaś tego celu wypełnia ogromną lukę nietylko w nauce o konstytucyi, lecz i w ginekologii.

Chcąc wypełnić tę lukę, przeprowadził autor systematyczne badania nad konstytucyonalnym stanem narządów płciowych kobiecych (455 kobiet) i określa go na podstawie: 1) cech morfologicznych (wielkość, kształt), 2) czynności tychże narządów (menstruacya, ciąża, ronienie), 3) ich ewolucyi (rozwój płciowy, zanik starczy).

Zastrzegając się, że nie każde zboczenie od morfologicznej, czynnościowej lub ewolucyjnej normy rzuca światło na konstytucyę danego narządu, stara się autor wykluczyć wszelkie czynniki działające z zewnątrz (przypadkowe stany chorobowe), aby ile możności rozpatrywać zboczenia tylko wrodzone i dziedziczne, a więc istotnie konstytucyjne. Ponieważ zaś badania genealogiczne narządów płciowych są bardzo utrudnione, (rzadko kiedy córka wie cośkolwiek o cechach i czynnościach płciowych swej matki, a do rzadkości należy równoczesne badanie córki i matki), przeto w przeważnej liczbie przypadków da się stan konstytucyjny narządów płciowych stwierdzić tylko na drodze negatywnej: przez wykluczenie wpływu czynników z zewnątrz. Badań tych podjąć się może tylko biegły ginekolog; chcąc określić »wartość« narządów płciowych danej kobiety, porównuje on stan morfologiczny tych narządów, ich czynności i ewolucyę z jakimś idealnym typem »normalnej« kobiety, który to typ musi mieć w głowie, a następnie wyklucza wszelkie czynniki chorobowe, mogące wywołać ewentualne zboczenia od normy, do czego też niemałego trzeba doświadczenia.

Rosner zastrzega się również, że nie chce mówić o t. zw. konstytucyi płciowej neurologów, tylko jedynie o konstytucyi narządów płciowych. Stwierdziwszy bowiem niejednokrotnie, że stan konstytucyjny narządów płciowych może być poniżej normy przy bardzo silnym popędzie płciowym i odwrotnie, proponuje rozdzielenie tego, co w neurologii nazywa się »konstytucyą płciową« (Loewenfeld) na dwa działy: konstytucyę narządów płciowych i konstytucyę korowego ośrodka »libidinis«.

Tylko tą pierwszą, jako dostępną dla ginekologa zajmuje się Rosner, stwierdzając zarazem na podstawie własnych spostrzeżeń, że pewna autonomia narządów płciowych w ustroju przemawia za istnieniem konstytucyi narządów płciowych, niezależnej od stanu reszty ustroju, mimo, że fakt sprzężenia czynności jajników z czynnościami innych gruczołów dokrewnych (czyli gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem) świadczy, zdaniem Rosnera, w pewnych przypadkach o tem, że zboczenia w omawianej dziedzinie są jednym z objawów ogólnej niedomogi konstytucyjnej ustroju.

Bezpośrednie spostrzeżenia na chorych kazały autorowi podzielić cały materyał (455 kobiet) na 3 grupy:

Grupa I: Autor pomieścił tu osoby, których narządy płciowe okazywały niezwykłą energię i odporność, większą od przeciętnej; liczba ich 24, t. j. 5·2%.

Grupa II: Kobiety pod względem narządów płciowych przeciętne; liczba ich 254, t. j. 55·8%.

Grupa III: Kobiety mające narządy płciowe o energii i odporności mniejszej, niż przeciętne; liczba ich 177, t. j. 39%.

Stosunkowo znaczną liczbę w grupie trzeciej tłómaczy Rosner faktem, że te 455 kobiet, to prywatne ambulantki, szukające pomocy lekarskiej u ginekologa, u którego szczególnie często zjawiać się muszą osoby o »słabej« konstytucyi, a więc niepłodne, roniące, nie miesiączkujące i t. d.

Cały materyał swój badał autor, jak wspomnieliśmy wyżej — co do cech: 1) morfologicznych, 2) czynnościowych, i 3) ewolucyjnych.

Ad 1) Podając wyniki swych badań co do cech morfologicznych, zwraca Rosner słusznie uwagę na trudności, na jakie napotyka ginekolog przy ocenianiu »wartości« pierwszorzędnej cechy płciowej t. j. jajnika; gdyby go bowiem nawet zawsze mógł dokładnie określić co do wielkości, kształtu i twardości, co przecież nie zawsze jest możliwe, to jeszcze z tych cech nie może ocenić jego sprawności, gdyż mały jajnik może mieć bogaty aparat pęcherzykowy, a duży może mieć znaczną przewagę tkanki łącznej. Jajniki małowarte są w 58% duże (Hermann i Bartel). Te same trudności napotyka ginekolog przy badaniu jajowodów.

Pewniejsze wyniki daje badanie macicy; w I i II grupie nie znalazł Rosner żadnych zmian; ze 177 kobiet grupy III tylko u 78 można było stwierdzić pewne zmiany w wielkości i kształcie, cechujące niedostateczny rozwój lub dziecięcość; u pozostałych 99 osób same zmiany czynnościowe przemawiały za konstytucyjną niedomogą macicy. I tu więc, jak słusznie zwraca autor uwagę, dla pełnej oceny »wartości« macicy brakuje zwyczajnemu badaniu klinicznemu wykładnika ze stosunku elementów szlachetnych (mięśniowych) do małowartościowej tkanki łącznej, a to w obrazie drobnowidowym.

Przy badaniu pochwy zwraca Rosner uwagę na wązkość sklepień i bujne zmarszczki pochwowe (columnae rugarum), jako na cechy niedostatecznego rozwoju.

Z trzeciorzędnych cech płciowych badał Rosner tylko owłosienie, przyczem okazało się, że t. zw. męskie owłosienie wydarza się nieporównanie częściej w grupie III (30·9%), niż w innych (w II — 1·2%, w I — 0%).

Ad 2). Z właściwości czynnościowych badał Rosner: obfitość krwawień miesiączkowych, częstość pojawiania się ich, niepłodność, ronienie. Wyniki streszczają się w następujących liczbach: Menstruacye stale za skąpe są wprost cechujące dla kobiet grupy III (85·7% z ogólnej liczby wszystkich kobiet, wykazujących skąpe krwawienia miesiączkowe); w grupie II jest ich 14·3%, w grupie I niema ich wcale. Obfitość krwawień nie jest tak cechująca dla grupy I. Nawykowe opaźnianie się miesiączki (retardatio mensium habitualis) stwierdzono u 110 kobiet (z ogólnej liczby wszystkich badanych), z tego 12 należało do grupy II, a 98 do grupy III.

Przy badaniu niepłodności należało uwzględnić niepłodność męża i chronienie się przed zapłodnieniem. Nie mogąc czynników tych wykluczyć, autor brał liczby »nieoczyszczone« w tem przypuszczeniu, że czynniki te dotyczą w jednakiej mierze wszystkich grup. Okazało się, że w grupie II 76% kobiet rodziło, w III tylko 36·7%. Ilość nierodzących (w tem spory zapewne odsetek niepłodnych) był w tej grupie ogromny: 63·3%. Ilość dzieci (średnio — na 1 matkę) była najwyższa u kobiet grupy I, najniższa w grupie III. — Ciekawe jest też zestawienie, w jaki czas po zamęściu kobiety rodziły pierwsze dziecko. Okazało się, że w grupie I 90% kobiet rodzi w pierwszym roku po zamęściu, w grupie III tylko 52%; w trzecim roku po zamęściu w grupie II tylko 3·8%, w grupie III aż 12%. Wynikałoby z tego, że »spóźnienie się pierwszej ciąży« jest cechujące dla kobiet grupy III.

Co do stosunku liczby poronień (oczywiście samorodnych) do liczby porodów, to u kobiet grupy I wypada na 1 poronienie 9 porodów, w grupie II — 5·6 porodów, w grupie III — 3 porody. W III więc grupie są poronienia częstsze, niż w innych.

Ad 3). Z cech ewolucyjnych za najważniejszą uważa Rosner termin rozwoju płciowego; i tu, jeśli nie uwzględnia takich czynników, jak rasa, mieszkanie na wsi lub w mieście i t. d., to w tem przeświadczeniu, że czynniki te przypadną w równej mierze na wszystkie grupy, procentowa zatem statystyka, uzyskana z »liczb nieoczyszczonych«, nie straci na wartości. Okazało się, że osoby grupy III rozwijają się znacznie później, niż grupy I (po 16 r. ż. rozpoczyna miesiączkować 4·2% osób grupy I., 12·1% kobiet grupy II, 23·6% z grupy III). Ważną również cechę ewolucyjną stanowi okres przekwitania. Ilość jednak kobiet, które miały ten okres za sobą, jest w materyale Rosnera tak mała (35), że trudno tu o statystykę. Rosner podaje natomiast ciekawe spostrzeżenie odnośnie do tego okresu, a mianowicie, że osoby, należące do grupy III, kończą miesiączkowanie łatwo, bez t. zw. »molimina climacterica« (uderzenia krwi do głowy, bicie serca, poty i t. d.), u osób zaś należących do grupy I i II objawy te są częste i dokuczliwe.

Osobny rozdział poświęcił Rosner sprawie »libido sexualis« i »orgasmus venereus«. Nasilenie tych cech nie idzie według spostrzeżeń Rosnera w parze z nasileniem czynności płciowych; o silnej »libido« opowiadały częściej kobiety grupy III (33·8%), niż kobiety grupy II (17%).

Punktem wyjścia dalszych rozważań autora na temat badania nasilenia i odporności czynności płciowych są uwagi o doświadczalnem »obciążeniu« różnych narządów, której to metody używa klinicysta, pragnący stwierdzić konstytucyjną siłę i sprawność badanego narządu, n. p. nerki, wątroby, serca. Takiego doświadczalnego »obciążenia« przy badaniu narządów płciowych

nie można niestety użyć, przeto zastanawia się Rosner nad tem, czy sama przyroda nie stwarza warunków, któreby można porównać z doświadczalnem »obciążeniem«. Dochodzi przytem do przekonania, że każdy czynnik zewnętrzny, działający hamująco na czynności płciowe, powinien być dokładnie obserwowany co do skutków, t. j. co do tego, jaki wpływ na te czynności istotnie wywarł. Takimi czynnikami są mnogie choroby ustroju i jedna z czynności fizyologicznych, a mianowicie: karmienie piersią. Autor wylicza cały szereg chorób, hamujących czynności płciowe, i wypowiada zdanie, że niektóre z nich istotnie do zahamowania doprowadzają tylko u osób o słabej odporności, a więc o konstytucyjnej niedomodze. Do tych cierpień należy w pierwszym rzędzie otyłość (adipositas exogenes Noorden). — Większy jednak nacisk kładzie Rosner na sprawę laktacyi, opierając tu wywody swoje na liczbach. Ostatecznie dochodzi do przekonania, że u kobiet grupy III karmienie zatrzymuje miesiączkę, a zapewne też i owulacyę, gdy kobiety grupy I miesiączkują z reguły przez cały czas karmienia, a kobiety grupy II w 50% przypadków. Karmienie piersią jest więc zdaniem Rosnera doświadczeniem, przedsiębranem przez przyrodę, »obciążającem« narządy płciowe i pozwalającem konstytucyjny stan tych narządów w wielu przypadkach rozpoznać.

(Dokończenie nastąpi).

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarzy szpitala powszechnego we Lwowie.

Inauguracyjne posiedzenie naukowe d. 26. czerwca 1918.

Przewodniczący: Dyrektor Dr Ziembicki. Sekretarz: Dr Warchoł.

Odczyt kol. Orzechowskiego: **O zasadach morfologii klinicznej. Typ morfologiczny stwardnienia rozsianego.** O. przedstawia zasady morfologii klinicznej, opracowane przez Sigauda i jego uczniów Chailleu i Mac Auliffea, w myśl których główne typy konstytucyonalne ludzkie dają się ująć w cztery kategorye: typ oddechowy, trawienny, mięśniowy i mózgowy. Typy czyste istnieją w małym odsetku, przeważają typy mieszane. Poszczególne typy są wytworem przystosowania ustroju do warunków bytu i środowiska. W odpowiedniem sobie otoczeniu dany typ jest tworem naturalnym, prawidłowym i w tem środowisku ma najpomyślniejsze warunki powodzenia biologicznego. W warunkach nieodpowiednich dla danego typu, gdy n. p. osobnik typu oddechowego przebywa stale w niewłaściwem dla siebie środowisku wielkomiejskiem, następuje niedomaganie, marnienie i skłonność do chorób narządu przerosłego i cechującego wyodrębnienie danego typu, więc w przypadku przez nas wybranym do chorób narządu oddechowego. Przykłady poszczególnych typów: nasi górale, Albańczycy dla typu oddechowego, Holendrzy, Bawarczycy, staromieszczanie lwowscy dla typu trawiennego, murzyni dla typu trawiennego prostackiego. Typy mózgowe spotyka się często wśród naszych Żydów i biurokratów, przykładem zaś typu mięśniowego są rzeźby greckie, atleci, niektórzy anarchiści. Podział typów konstytucyonalnych na zasadach morfologicznych wedle Sigauda ma zalety prostoty, ścisłości przyrodniczego uzasadnienia i można go z łatwością bez potrzeby przeprowadzania specyalnych pomiarów przystosować do potrzeb klinicznych. Stąd jeden krok dalej do antropometryi klinicznej, której potrzeba w miarę kontynuowania obecnego kierunku konstytucyonalnego w patologii wyłoni się niezawodnie w bliskiej przyszłości.

Nie ulega wątpliwości, że pewne typy usposabiają do szczególnych chorób, więc typ oddechowy do schorzeń gruźliczych, trawienny do cierpień jelitowych i przemiany materyi. Z cierpień neurologicznych wiąd niemal wyłącznie dotyczy typu oddechowego, porażenie postępujące ludzi o typie mięśniowym lub mieszanym trawienno-mięśniowym. Prelegent nawiązuje do swoich dawnych badań nad konstytucyą cielesną chorych na stwardnienie rozsiane, które uwzględnił w swoim referacie: »Choroby nerwowe a wewnętrzne wydzielanie« na Zjeździe neurologów w Krakowie 1912. Wówczas już wyosobnił typ sklerotyków, pokrywający się z typem mięśniowym lub mieszanym mięśniowo-trawiennym Sigauda. Przedstawia osiem przypadków, t. j. wszystkie, jakie w tej chwili ma na oddziale. Wszystkie te przypadki stwardnienia rozsianego odpowiadają wspomnianemu typowi, a nadto wykazują jednolitość typu konstytucyi narządów płciowych (kol. Wiczyński), w dwóch tylko jest zresztą słaba domieszka jeszcze oddechowego typu, względnie mózgowego. Przytem jednak nierzadko są równocześnie obecne pewne cechy drobnej budowy, n. p. małe ręce lub stopy. Na uogólnienie dotychczasowych spostrzeżeń nie pozwala za skąpy jeszcze materyał. Na razie typ trawienno-mięśniowy wydaje się tak znamiennym dla stwardnienia rozsianego, że w przypadkach, gdzie tego typu nie było, wysuwało się przypuszczenie omyłki rozpoznawczej, które dalsza obserwacya przebiegu przeważnie potwierdzała. Zastrzega się jednak prelegent, że wyjątkowo spotykał przypadki, które wedle naszych dotychczasowych wiadomości niewątpliwie należało uważać za przypadki stwardnienia rozsianego, a które zasadniczemu zresztą u sklerotyków typowi trawienno-mięśniowemu nie odpowiadały. (Autoreferat).

Kol. Wiczyński podaje, że w przypadkach, przedstawionych przez kol. Orzechowskiego, badał **zachowanie się narządów płciowych,** aby odpowiedzieć równocześnie na 2 pytania: 1) Jaki jest stosunek konstytucyi tych narządów do czterech typów konstytucyonalnych Sigauda; 2) jaką konstytucyę narządów płciowych wykazują kobiety, cierpiące na pewne choroby nerwowe, co do których tła przypuszcza się z większem lub mniejszem prawdopodobieństwem — zaburzenia w czynności gruczołów dokrewnych. Obecnie zdaje Wiczyński sprawę tylko z wyników badań w tym kierunku w przypadkach, dotkniętych stwardnieniem rozsianem. Nadmienia Wiczyński przytem, że gdy cztery typy ogólnej konstytucyi Sigauda — jak to przedstawił kol. O. — oparte są wyłącznie na morfologii człowieka, to mowca w badaniach swych nad konstytucyą narządów płciowych ko-

biecych oparł się z natury rzeczy prócz tego — i to może w znaczniejszej jeszcze mierze — na fizyologii tych narządów. Stwierdziwszy, że narządy płciowe kobiece ani pod względem morfologicznym, ani fizyologicznym nie przedstawiają się jednakowo, lecz że istnieją obok »normalnych« często indywidualne odchylenia in minus (zbliżone do częściowego infantylizmu w znaczeniu W. A. Freunda i Antona) i odchylenia in plus w znaczeniu hypergenitalizmu (Naegeli), przyjmuje kol. W. podział konstytucyi narządów płciowych kobiecych na 3 typy: słaba, normalna i silna, zastrzegając się, że podział ten — przyjęty ze względów praktycznych — nie jest poparty dostatecznie statystyką.

Wprawdzie dotychczasowe badania kol. Wiczyńskiego ze względu na szczupły do tej pory materyał nie pozwalają na wyciągnięcie daleko idących wniosków, jednakże nasuwają myśli następujące: 1) Ogólnemu typowi konstytucyonalnemu: mięśniowemu wzgl. mieszanemu mięśniowo-trawiennemu (Sigauda) u kobiet odpowiada konstytucya narządów płciowych prawidłowa lub silna, a w każdym razie nie słaba. 2) Chorym na stwardnienie rozsiane odpowiada również konstytucya narządów płciowych prawidłowa lub silna. Dalsze badania co do innych chorób są w toku*). (Autoreferat).

Dr Warchoł, sekretarz.

*) Korzystając z opóźnienia sprawozdania z odczytu z d. 26. VI. 1918 uzupełniają O. i W. wyniki powyżej podane. Od owego czasu mieli możność badać tylko **5 nowych przypadków stwardnienia rozsianego.** We wszystkich przypadkach stwierdzili z jednej strony konstytucyę ogólną o typie mięśniowotrawiennym, z drugiej zaś konstytucyę narządów płciowych prawidłową, często z odchyleniem ku silnej.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Prof. Dr Roman Nitsch został mianowany rzeczywistym profesorem higieny i bakteryologii.

— Ministerstwo W. i O. zatwierdziło habilitacyę Dr Władysława Bujaka z zakresu pedyatryi.

Lwów. Ministerstwo W. i O. zatwierdziło habilitacyę Dr Jakóba Rothfelda z zakresu nerologii.

Warszawa. Pierwsze posiedzenie naukowe wojskowo-lekarskie odbyło się 6. VI. b. r. w Szpitalu Ujazdowskim w obecności naczelnego lekarza Wojsk Polskich, generała Dr Hordyńskiego i zaproszonych jako gości lekarzy cywilnych z prezesem Towarzystwa lekarskiego Dr Jakowskim na czele. Posiedzeniu przewodniczył podpułkownik doc. Dr Radliński.

Zmarli: Dr Józef Bielawski w Borku (Wielkopolska).

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Treść:

Prof. Dr K. Majewski: O zeskórnieniu oka . . . . . . str. 105
Oceny i sprawozdania . . . . str. 107
Sprawy Towarzystw naukowych . . . . str. 109
Wiadomości bieżące . . . . str. 110

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.